

EL NIÑO SORDO PUEDE HABLAR

Musicoterapeuta: Griselda María Otero

**Universidad del Salvador
Facultad de Medicina
Escuela de Disciplinas Paramédicas
Carrera de Musicoterapia
Licenciatura en Musicoterapia**

USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

**SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN
1999 - 2000**

PREFACIO

La hipoacusia profunda es una discapacidad que si bien no es observable a simple vista, compromete el desarrollo global del ser humano, su manifestación mas distintiva, es el lenguaje.

En la actualidad se realizaron importantes avances; desde el aspecto psicológico, se han establecido las fronteras entre las carencias auditivas y deficiencia mental. En el aspecto pedagógico, se ha recurrido a métodos integrativos; desde el punto de vista educativo se considera la sordera no, como una deficiencia sino como una diferencia, la expresión actual se refiere a, alumnos con necesidades educativas especiales, (n.e.e)

La escuela especial en estos momentos se caracteriza por la presencia de dos grandes temas polémicos: la confrontación en torno a cuál es el sistema lingüístico mas idóneo, lengua oral, versus lengua de señas argentina y la modalidad de escolarización mas adecuada, no habiendo un consenso sobre los programas, la implementación, la integración y la evaluación de la integración

Hasta ahora la ciencia del Norte, toma poco en cuenta las particularidades y características de la población de la zona Sur y nos vemos arrastrados a incorporarnos a la ciencia de los países industrializados, dejando de lado nuestras necesidades y no nos concentramos en características propias de nuestra especialización y nuestras zonas geográficas



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

AGRADECIMIENTOS

Mi principal agradecimiento a mi esposo Mirco Curone, por su afecto, su comprensión, su entusiasmo y su ayuda, a mis queridos hijos Juan Ignacio y María Evangelina, por darme tantas alegrías y enseñarme que la educación es algo mas que el aprendizaje de conocimientos de asignaturas mas o menos regladas, a través de ellos aprendí a ser más tolerante, más solidaria y más justa.

A mis padres, ahora ausentes, que con su ejemplo de honestidad y laboriosidad me impulsaron siempre a superarme día a día, sin claudicar ante la adversidad, o el dolor.

A mis hermanos, Norma Isabel y Angel Alfredo, con quienes comparto mis alegrías y mis penas.

Lic. Blanca María Saucedo de Rizzo, por su paciencia, su generosidad y su bondad al acompañarme supervisando este trabajo, con su consejo inteligente.

Lic. María Celia Perez, a quien desde el año 1976 estoy consultando, por soñar y trabajar para que podamos avanzar en nuestro camino profesional y por su solidaridad a todas la musicoterapeutas del interior

Al Ing. electrónico Rubén Curone por su ayuda incondicional en mis estudios y en mis trabajos, desde que ambos éramos estudiantes universitarios.

A mi colega Carmen Senger con quien he compartido durante 20 años, la incompreensión y la soledad de nuestra profesión en esta provincia patagónica, por luchar todos los días, denodadamente y sin pausas, con la discapacidad y la integración de personas diferentes en la escuela común y en la sociedad.

A los niños de las Escuelas Especiales de las Provincias de Río Negro y Neuquén, quienes compensaron con ternura mi tarea profesional, transformándola en un placer genuino

A la fonoaudióloga audiometrista, Sonia Romero con quien comparto la tarea en la Escuela Especial N 3 para niños Sordos e Hipoacúsicos "Teresa J. de Bianchi" de la ciudad de Neuquén.

A Dios, por permitir que mis sueños se realicen.

INDICE

A

SECCIÓN PRELIMINAR

Prefacio	1
Agradecimientos	2

B

CUERPO DEL INFORME

1	Introducción	5
1.a	Planteamiento del problema	
	Antecedentes históricos	
	Evolución de la audición en niños normoyentes	8
	y en diferentes auditivos profundos	9
	Factores de riesgo en la sordera	13
	Clasificación de las hipoacusias	17
	Prótesis auditivas para hipoacusias profundas:	
	Transpositor de frecuencias: El Lafont - El Transonic	22
	Implante coclear	28
1.b	Significado del Problema	
	Musicoterapia y Lengua de Señas	34
	Espacio Institucional	39
	Población destinataria y Patología	44
	Diagnóstico	46
	Objetivos Generales	50
	Objetivos Específicos	50
1.c	Objeto de la Investigación	55
1.d	Supuestos Teóricos	
	Teorías cognitivas del aprendizaje	56
	El gesto y la emoción	57
	Musicoterapia e Informática	58
1.e	Definiciones Operacionales	60
1.f	Hipótesis	61
2	Revisión Bibliográfica	
3	Metodología de la Investigación	
	Referencia a la Metodología	69
	Ficha Musicoterapéutica de Ingreso	
	a la Institución	76
	Ficha de discriminación auditiva de la palabra	78
	Ficha de evaluación de la estructuración	
	del Esquema Corporal	81
	Plan de tratamiento Musicoterapéutico	83
	Ficha de evaluación	91
4	Presentación , Análisis e interpretación de los hechos	
4. A	Análisis, descripción e interpretación de los hechos	95

5	Resumen y Conclusiones	
5.a	Principales Hallazgos	113
5.b	Sugerencias para investigaciones posteriores	114

C

SECCIÓN DE REFERENCIAS

6.a	Bibliografía	115
6.b	Anexos	117



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

INTRODUCCIÓN

La musicoterapia es una disciplina joven, que se abre camino en prevención, escuelas especiales, hospitales, centros geriátricos, centros y hospitales psiquiátricos y cárceles, abarcando en este momento salud y educación en casi todas sus áreas.

En este trabajo nos preguntamos si el niño sordo puede hablar y tratamos de resaltar la importancia del trabajo auditivo en niños sordos e hipoacúsicos, destacando la íntima relación entre la estimulación de la percepción y discriminación auditiva, como base para la adquisición de la lengua oral y como sentido de orientación y percepción auditiva a distancia.

Hay en la actualidad existen diferentes abordajes, diferentes propuestas, pero no hay una sola de ellas que sea una respuesta, los hechos se analizan, se descubren, se formulan hipótesis, se producen nuevos hechos, la explicación causal abre nuevas expectativas, pero es sumamente ambiguo conocer y comprender los fenómenos humanos.

Hay modelos que explican, pero no solamente es dar una explicación, sino deducir los fenómenos singulares; cuando se pretende explicar algo, se busca en las teorías generales que se adaptan a determinado caso, pero es relativo, y no son como las leyes universales, estrictas, leyes como en las ciencias exactas, que tienen un campo podríamos decir legal y generalmente concretas

Es importante tratar de comprender los hechos y fenómenos, las acciones, las conductas significativas, las reglas lingüísticas, los códigos, en nuestro caso específico de comunicación verbal, no verbal y gestual porque si no se conocen tampoco pueden interpretarse, no se sabe lo que ocurre en el otro.

Las posiciones más extremas son generalmente las que tienen mas dificultades para resolver y aceptar los cambios.

No están resueltos muchos problemas en el tema de la audición, depende de diferentes autores, los parámetros de la minoración auditiva. no hay consensos ni criterio fijo en la actualidad

Existe controversia en los términos hipoacusia y sordera, las definiciones se realizan en base a datos numéricos extraídos de los estudios realizados al paciente y se toman como referencia los umbrales de audición, sin equipamiento.

A diario se observa una población infantil que posee minoraciones auditivas importantes con patologías agregadas, donde la audición no es el único obstáculo que se presenta.

Por eso cuando se hace referencia al niño sordo las diferencias de uno a otro suelen ser muy significativas, viendo al niño como ser único e irreproducible, con características físicas y emocionales, remanentes auditivos diferentes, teniendo en cuenta para la rehabilitación, que existen casos con remanentes auditivos parecidos, pero con distorsiones en la percepción auditiva lo que llevará a la musicoterapeuta a realizar una tarea diferente.

En la provincia trabajamos en equipo con colegas, o profesionales de otras disciplinas, para mejorar la calidad de nuestra tarea y nuestros conocimientos

En el Congreso Iberolatinoamericano de Hipoacusia, que organizamos en San Martín de los Andes, Neuquén, presentamos un trabajo en equipo que queremos compartir, sobre:

“Transposición de frecuencias, pasaje de la sordera a la hipoacusia”

El Dr. LAFONT, venido de Francia, creador del transpositor, escuchó y vio el trabajo presentado en el citado congreso y la inclusión de una musicoterapeuta, le pareció un abordaje interesante, porque el transpositor no fue experimentado con música en su investigación inicial.

Nos pareció también que podría servir a otros profesionales de nuestra área, como dato informativo, incluir un trabajo presentado en un curso de lengua de señas Argentina, que se dictó a nivel provincial, donde elaboramos entre tres musicoterapeutas un trabajo desde nuestra disciplina.

Creemos conveniente incluir para información de nuestros colegas el programa de estimulación y discriminación auditiva que se lleva a cabo en la institución y que fuera inspirado por la musicoterapeuta María Cristina Muscarsel.

La tarea se realiza en forma sistemática y gradual pero no excluye la estimulación asistemática que puede surgir a partir de los intereses y capacidades del niño, teniendo presente que, el vínculo en algunas oportunidades es tan importante como una buena metodología en esta propuesta educativa.

La necesidad de actualización de una patología tan compleja en un abordaje musicoterapéutico, crea la necesidad de estudiar sobre temas de otras disciplinas para ampliar el criterio profesional.

Los diferentes tratamientos en las nuevas prótesis implantadas, en prótesis aéreas computadas o clásicas, son motivo de dudas respecto a los distintos abordajes y técnicas a efectuar, por la cantidad de variantes que se presentan.

La musicoterapia abre nuevas posibilidades de comunicación y habilitación, de una manera sutil se sitúa entre las capacidades y las discapacidades del niño y a través de una guía sistemática en el entorno sonoro, le permite conocer sus propias habilidades, potenciando las disposiciones favorables y activas hacia las metas que se propone,

teniendo siempre en cuenta los procesos atenciones, indispensables para lograr los aprendizajes.

En el presente trabajo se estudiará una población accesible de niños que presentan la patología mencionada, que concurren a la Escuela de Educación Especial N 3 de la Ciudad de Neuquén, "Teresa Javat de Bianchi" para niños sordos e Hipoacúsicos. de los que se extraerá sobre una población de 24 niños atendidos en Musicoterapia, dos veces por semana, en sesiones de 45 minutos, en el turno de la mañana, una muestra al azar, simple, cuidando su representatividad, sobre la que se realizarán los estudios pertinentes.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

1ª- Planteamiento del problema:

ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

La O.M.S (Organización Mundial de la Salud). define como persona sorda, aquella que no es capaz de percibir los sonidos sin ayuda de aparatos amplificadores.

La educación en forma sistemática del niño sordo se inicia en España alrededor del año 1500, tuvo su origen en un monasterio benedictino quienes idean el alfabeto dactilológico, que con pocas variaciones se usa en la actualidad.

Redactaron algunos libros sobre la enseñanza de la escritura, el mas significativo fué “El arte de enseñar a los sordos”, pero aparentemente el objetivo era enseñarles a hablar a los sordos como se desprende de otra publicación “Reducción de las letras y arte para enseñar a hablar a los mudos” (1620), libro que recopila los conocimientos acerca de los trabajos reeducativos que se habían realizado hasta ese momento.

En los escritos se pueden leer los distintos métodos para enseñar la escritura, la articulación y la dactilología, lo que demuestra la orientación oralista del mismo.

Con el correr de los años se modifica la actitud y hay una etapa, no se sabe con exactitud el período de tiempo que abarca, donde comienza a usarse el gestualismo, y de los casos individuales se pasa a la atención grupal

En el siglo XVIII, en algunos países de Europa, pierde vigencia la corriente de educación gestual, aduciendo que el niño sordo, difícilmente podría acceder al desarrollo cognitivo.

En los Estados Unidos, era creciente la preocupación por la educación de los niños sordos, algunos célebres profesores americanos recorrieron Europa estudiando los distintos métodos de enseñanzas y en Francia profundizando sobre la orientación gestualista, en la educación del niño sordo.

De nuevo en su país crean un colegio, “American School for the Deaf” que continúa en nuestros días.

En un congreso realizado en Milán en el año 1880, se impone el oralismo, rompiendo con la tradición gestual de esa época en Europa, y la educación queda en manos de religiosos y Centros especializados, porque se considera que la sordera es una deficiencia no una diferencia.

Los especialistas afirmaban que el oído era el órgano de la educación, posiblemente se haya querido significar que el oído es el órgano que el hombre emplea para la adquisición del lenguaje.

En el año 1980, J. Northern, afirmaba que, para los sordos que hablaban mediante signos manuales, los ojos y las manos eran los órganos de la adquisición del lenguaje pero que ese lenguaje derivaba del que se ha desarrollado por el oído y por los mecanismos vocales

Recientemente en un Congreso en Alemania (1980), la lengua de signos se afianza, porque considera un derecho del sordo, el expresarse y comunicarse de esta forma, aparecen críticas al modelo oral, surgiendo el bilinguismo como puente entre estas dos corrientes.

Actualmente no se considera la sordera como deficiencia, se ha vuelto al término diferencia, llamándolos "niños con necesidades educativas especiales".

El desarrollo de la fisiología de la audición es ampliamente conocido por los profesionales de nuestra área, por lo cual evitaremos redundar en información superficial.

EVOLUCION DE LA AUDICIÓN EN NIÑOS NORMOYENTES Y EN

DIFERENTES AUDITIVOS PROFUNDO.

COMUNICACIÓN PERSONAL:

Prof. Ibarbia, Mangrané Idoya.

Ponemos en forma textual el desarrollo del niño normoyente y del niño sordo, muy importante para conocer las etapas de desarrollo de la audición, a fin de orientar una precoz estimulación y educación auditiva.

Prenatal

- 3 mes de gestación: formación del órgano del oído.
- 4 mes de gestación: la cóclea tiene ya su función adulta. Detecta latidos cardíacos. Parece que el sonido llega al líquido amniótico con gran intensidad.
- 5 mes de gestación: oye los latidos del corazón, pulsaciones intestinales, voz de la madre, portazos.

Recién nacido.

- Reacciones reflejas al sonido.
- Diferente reacción ante diferentes frecuencias.
- Reacciones diferenciales ante sonidos de distinta duración e intensidad.
- Reacción a los sonidos del habla.
- Reacción variable en función del estado inicial.

1 mes

- Aparece la atención a los estímulos acústicos.

2 meses

- Vuelve la cabeza hacia la fuente sonora.
- Discrimina patrones entonativos ascendentes y descendentes y ya es evidente la adaptación al ritmo.
- Deja de gritar cuando la madre le habla.
- Presta atención durante tiempos muy cortos a estímulos auditivos fuertes.

3 meses.

- Movimiento de cabeza y de los ojos hacia el sonido.
- Apaciguamiento por la palabra y la música.
- Pueden distinguir el acento y el énfasis lingüístico.
- Percepción global de las formas auditivas.
- Empieza el reconocimiento de los sonidos habituales y la reacción refleja hacia los más significativos.

4 meses.

- Reconoce la voz de los padres.
- Las relaciones ante el sonido son reflejos orientados.
- Va aprendiendo respuestas a estímulos auditivos concretos.

5 meses.

- Se perfecciona la orientación hacia la fuente sonora.
- Van entendiendo palabras e inician el balbuceo.
- Entienden algunas entonaciones, desempeñando la mímica que acompaña a las palabras un papel complementario.

6 meses.

- Empieza el laleo con imitación libre de las emisiones de los adultos.
- Va incorporando los sonidos de la lengua materna.
- Poco a poco algunos sonidos van tomando pleno significado.
- Aparecen respuestas a estímulos verbales, en principio en base sólo a las entonaciones.
- Van imitando poco a poco el ritmo y las inflexiones del habla adulta.

7 – 8 meses.

- Imitación de los sonidos: golpes en la puerta, sonidos de juguetes.
- Apaciguamiento por la palabra y la música.
- Percepción mas amplia del universo sonoro.
- Se establece el Feed-back auditivo, por medio del cual se regula la fonación a través del control auditivo.

9 meses.

- Atiende a las palabras conocidas.

11 – 12 meses.

- Atención y alerta ante el estímulo sonoro.

12 a 18 meses.

- Acata órdenes sencillas, imita sonidos, repite sílabas.
- **La función auditiva se entremezcla totalmente con la del lenguaje.**
- Entiende palabras familiares y expresiones frecuentes.
- **Comienza la percepción de ritmos.**
- **Hay discriminación auditiva gruesa.**

18 a 24 meses.

- La función auditiva se afina.

2 – 3 años

- Se establece un eficaz control audiofonatorio.
- Desarrollo poco a poco de la discriminación auditiva fina.

4 a 7 años.

- Desarrollo de la discriminación fonética fina.

7 a 12 años.

- La discriminación auditiva fina alcanza su máximo desarrollo al consolidarse las asociaciones audiofonéticas con el conocimiento de su representación gráfica.

Desde que nacen hay diferencias en la evolución normal de la función auditiva en el niño normoyente y el niño con deficiencias auditivas, que son más importantes cuanto más profunda sea la pérdida sufrida, y a medida que los niños van creciendo inciden en su desarrollo global.

- El niño sordo no puede compensar auditivamente la información táctil, visual o corporal que recibe, de manera que queda incompleta.
- solamente si van acompañados de vibración los sonidos del entorno son percibidos, por lo tanto no hay búsqueda ni respuesta.
- Como no percibe sonidos tampoco puede imitarlos, aunque su capacidad de imitación sea buena.
- Posee percepciones disociadas de las informaciones verbales y visuales que se producen en forma simultánea, le resulta difícil la narración de un cuento; la atención está dividida por captar la información pero al mismo tiempo mirar la cara de la persona que realiza la narración, no tiene la posibilidad de escuchar sus propias fonaciones y no se produce el feed-back audio-fonatorio, por lo tanto realizar juegos fonatorios es difícil.
- Esta imposibilidad de escucharse a sí mismo es lo que provoca la primera diferencia notable.

6 – 8 meses:

- Ya se nota la diferencia en la calidad del laleo del niño, que es menos rico y no se ajusta a los modelos adultos. careciendo de intencionalidad comunicativa. Además este período se prolonga empobreciéndose paulatinamente.
- Como el niño no juega con sus fonaciones, ya que no las oye y por lo tanto no lo motivan, poco a poco se va produciendo una reducción en la cantidad de producción oral, pudiendo llegar al mutismo.

12 meses.

- Cuando el niño oyente ya empieza a entender algunas palabras y posee un vocabulario muy coincidente con los sonidos de la lengua materna el niño sordo no emite sonidos ni entiende el lenguaje.

En el año 1974, I Skaric, nos decía que el mecanismo de la producción del habla está controlado por el fee-back auditivo, que el sistema neural registra estas informaciones y corrige la acción si es necesario, la percepción auditiva es a su entender, la base de la percepción del habla.

Conrad, en el año 1979, no negaba la presencia de representación mental e inteligencia en el niño sordo, sino que la ausencia de un sistema complejo de representaciones como es el lenguaje, impide a veces sacar todo su provecho, de una mente que presenta las potencialidades necesarias para rendir.

La hipoacusia trae dificultades en las sensaciones y en las percepciones, por ello es que el aparato auditivo al reaccionar a un número menor de estímulos acústicos, las sensaciones y percepciones no llegan a adquirir espontáneamente significación.

El niño minorado auditivo, no recibe las sensaciones de los sonidos débiles, no dejan huella mnémica que les permita individualizarlos posteriormente y quedan solamente como sensaciones pasajeras.

Hay factores, como el ritmo, el desarrollo de la memoria auditiva y la discriminación de los sonidos, que son el resultante de la madurez del niño y de una cuidada sistematización de trabajo.

Algunos neurólogos opinan que la total maduración del aparato auditivo, no se lleva a cabo hasta los 7 años aproximadamente, pero a pesar de esto, la memoria auditiva, continúa su proceso de desarrollo.

FACTORES DE RIESGOS DE SORDERA

La primera relación de factores de riesgos de sordera se publicó en 1972 y fue exhaustivamente revisada y nuevamente publica en 1982, incluyendo los siguientes factores:

- A.- Asfixia.
- B.- Meningitis bacteriana.
- C.- Infecciones perinatales congénitas.
- D.- Defectos de cabeza y cuello.
- E.- Hiperbilirrubinemia.
- F.- Antecedentes familiares.
- G.- Peso bajo al nacimiento (igual o menos de 1500 grs)

En el año 1991 despues de haber revisado estos criterios, se realiza la última actualización del Joint Committee on Infant Hearing y separa 10 criterios de riesgos para neonatos y ocho para lactantes;

A) Neonatos (hasta 28 días)

- 1.- Historia familiar de hipoacusias neurosensorial congénita o de instauración progresiva.
- 2.- Infecciones congénitas por agentes de asociación conocidas con sordera neurosensorial (toxoplasmosis, sífilis rubeóla, herpes, citomegalovirus) La sífilis congénita como una manifestación tardía puede causar sordera.
- 3.- Malformaciones craneofaciales.
Anomalías del pabellón auricular, pueden estar asociadas con alteraciones de la cadena de huesecillos, debido al origen embrionario común.
Se deben tener en cuenta las malformaciones de cara, paladar, ojos, cuello.
- 4.- Bajo peso al nacer (1500 grs).
Los niños prematuros son considerados como grupos de alto riesgo debido a la alta

incidencia de hipoacusias.

5.- Hiperbilirrubinemia hasta un nivel suficiente como para indicar exanguinotransfusión.

Se trata de un agente ototóxico específico, asociado con pérdida auditiva aún cuando sus niveles no superen los 20 mg % . Los prematuros expuestos a asfixia, acidosis, isquemia, hipotermia, e hipoalbuminemia, son más susceptibles a este efecto tóxico, pues estos factores, favorecen el pasaje de bilirrubina indirecta al sistema nervioso central, lesionando la vía auditiva a cualquier nivel, especialmente en el núcleo coclear (Sepúlveda-Bouzas)

6.-Medicación ototóxica.

Pueden haberse administrado a la madre durante el embarazo y se detallan a continuación, lo que actualmente se consideran drogas ototóxicas.

- Estreptomicina.
- Kanamicina.
- Gentamicina.
- Amikacina.
- Tobramicina.
- Neomicina.
- Talidomina.
- Acido etacrínico.

No está determinado con claridad cuál es la real toxicidad de estas drogas porque depende de varios factores que pueden estar actuando en forma simultánea o nó, y detallamos ambos a continuación:

- a) Edad.
- b) Duración del tratamiento.
- c) Administración de otras medicaciones ototóxicas en forma conjunta.

Lo que sí esta comprobado en la actualidad, por algunos neurólogos especializados, es que los amino-glucósidos y la fursemina lesionan el aparato auditivo a nivel coclear y vestibular.

7.- Meningitis bacteriana o encefalitis.

Pueden causar secuelas neurológicas severas, con lesión de la vía auditiva originando sordera.

8.- Depresión severa con bajo Apgar. o ausencia de respiración espontánea al cabo de 10 minutos, o hipotonía persistente a las dos horas de vida.

Se produce una lesión en la vía auditiva conducente a una hipoacusia neuro-sensorial.

9.- Ventilación mecánica prolongada durante mas de 10 días.

10.- Estigmas asociados con formas sindrómicas definidas de la hipoacusia neurosensorial.

11.- Apneas.

Abramovich y col. encontraron una relación directa entre crisis apnéicas y pérdidas auditivas (Bouzas)

12.- Trauma acústico.

Por exceso de ruido. Se ha detectado que las incubadoras pueden ocasionarlo.

El ruido de las incubadoras en los hospitales, empleadas para proteger a los niños prematuros, podría resultar perjudicial para sus oídos según una publicación Londinense. Los médicos se habían preguntado durante mucho tiempo cuál sería la causa de la sordera en algunos niños prematuros. consistente en la pérdida de audición de tonos agudos similar a la provocada por los fuertes ruidos y sonidos de alta frecuencia en la industria. Sin embargo los ruidos en una incubadoras son mucho más débiles que los industriales.

Un grupo de investigadores de un importante hospital de Gran Bretaña descubrió que niveles de ruido similares a los registrados en varias incubadoras de uso común provocaban daños en las células del oído interno de jóvenes conejillos de la India.

En experimentos anteriores los médicos habían determinado erróneamente, que las incubadoras no presentaban problemas porque animales adultos, cuyo **sistema auditivo se había ya "endurecido"** no resultaron afectados cuando se los sometió al experimento.

B) Lactantes (29 días a 2 años)

1.- Inquietud de los padres respecto a la audición, el lenguaje y/o retraso del desarrollo.

2.- Meningitis bacteriana.

3.- Factores de riesgo perinatales que se asocian a sorderas neurosensoriales.

4.- Traumatismo craneal.

5.- Medicamentos ototóxicos.

6.- Enfermedades neurovegetativas.

7.- Enfermedades infecciosas propias de la infancia.

Este Comité también señala que la drogadicción o el alcoholismo materno pueden tener efectos ototóxicos en el feto, con respecto al HIV, actualmente no se conocen consecuencias verticales en el área de la audición.

Hay autores que sugieren como prevención de la pérdida de audición, que los niños que han estado gravemente enfermos durante el período neonatal, deberán realizar exploraciones hacia los 12 meses y 24 meses.¹

El impacto que tiene la pérdida de audición, sobre el desarrollo del habla y del lenguaje, logros académicos y socialización de los niños, dió ímpetu a los programas de detección precoz.

Con el proyecto de detección precoz de la hipoacusia, en la provincia, se detectan los niños con trastornos en la audición o en riesgo, recorriendo, las fonoaudiólogas audiometristas, diariamente las salas de pediatría y neonatología de los hospitales provinciales, evaluando auditivamente a los niños recién nacidos y los niños internados que se encuentran en situación de riesgo, (paperas, encefalitis, meningitis, medicación ototóxicas, otitis a repetición, etc.)

La disfunción auditiva, de acuerdo a su tipo, grado, momento de aparición, detección, equipamiento, afectan la adquisición del lenguaje, incidiendo en la capacidad de simbolización y de la comunicación.

Trae dificultades en las sensaciones y en las percepciones, el aparato auditivo responde a un número menor de estímulos acústicos, por lo tanto, las sensaciones y percepciones, no llegan a adquirir significación en forma espontánea.

En musicoterapia sabemos que el ritmo, el desarrollo de la memoria auditiva y la discriminación sonora, dependen del grado de madurez, algunos neurólogos opinan que la plena maduración del aparato auditivo no tiene lugar hasta más o menos los 7 años, pero la memoria auditiva continúa su proceso de maduración.

Los sonidos débiles, no llaman la atención, no dejan huella mnémica que les permite ser reconocido cuando se presentan nuevamente, por eso la vivencia sonora queda como sensaciones.

El reconocimiento de ausencia y presencia de sonidos es el punto de partida de una estructura mas compleja, la estructura sonora.

El parámetro de sonido más importante para iniciar la rehabilitación del niño sordo es Duración, muestra menor dificultad en reconocer la duración del sonido, es una característica de orden cuantitativo.

En el niño normoyente el parámetro con el que se comienza a trabajar es el de intensidad.

El niño no puede ir sustituyendo los sistemas de comunicación no verbal, por el lenguaje oral y la dificultad para adquirir y usar el lenguaje oral con fines comunicativos, le impedirá que actúe como mediador simbólico del pensamiento.

¹ Fiapas N 46 pág 9

1.c - Objeto de la investigación

Planteado el problema y acercándome con mayor precisión al objeto de estudio que se investiga, focalizo mi observación en el niño hipoacúsico profundo.

La conducta de algunos niños sordos puede ser desorganizada y dispersa, toca los objetos y los deja, pasa de un objeto a otro sin lograr fijar la atención, va de un lado a otro en forma impulsiva, recorriendo ávidamente el espacio, mira todo en forma globalizada, para tener acceso al conocimiento del medio en el cual se encuentra inmerso.

Si no ha tenido la experiencia de una estimulación temprana, llora y tiene berrinches, como forma no verbal de comunicación porque no encuentra la manera de entender y que lo entiendan, hay una cantidad de sensaciones y emociones que se encuentran en su mundo interno y no las puede expresar, no cuenta con lenguaje propio, generando angustia e impotencia al niño.

No tiene acceso a los sentimientos de su mamá y de las personas que lo rodean, solo puede captar las demostraciones visibles, pero no el contenido interno que las sustentan.

A veces se observa una conducta hiperactiva, diferente a los niños con disfunciones cerebrales. porque hay fallas en la inhibición interna, el contacto con el medio se realiza sin la palabra orientadora y organizadora del adulto, que actúa como reguladora de la conducta.

En musicoterapia es de vital importancia, para que el proceso terapéutico se constituya como tal, que puedan enriquecerse y desarrollarse las posibilidades individuales y grupales de interacción e integración

Teniendo en cuenta los requerimientos y los plazos determinados para llevar a cabo esta investigación, muchas preguntas y cuestionamientos se propondrán para emprendimientos de otros musicoterapeutas en un futuro. Pero es de suma importancia remarcar, para dar curso a futuras respuestas, un ordenamiento en la lectura diagnóstica.

Los sonidos del lenguaje presentan una gran complejidad acústica, están conformados por un complejo modelo de intensidades y frecuencias durante el tiempo que dura la emisión.

La percepción del lenguaje excede la mera información acústica, en la discriminación de la palabra hablada la percepción del lenguaje persiste aún cuando los sonidos que comprende sufren cambios importantes.

Las experiencias realizadas con personas oyentes, demuestra que cuando el dato acústico es incompleto se realizan inmediatamente compensaciones a nivel central.

No se conocen hasta ahora estudios definitivos acerca de la percepción del lenguaje en el niño sordo, tampoco se conocen los mecanismos por los cuales la percepción del lenguaje se realiza, la mayoría de los autores concuerdan es que "exceden de la frontera de la mera recepción acústica"

CLASIFICACIÓN DE LAS HIPOACUSIAS:

- Conductivas – sensorineural.
- prelocutivas – postlocutivas.
- Pérdidas auditivas: estables – fluctuantes o progresivas.
- Leves – moderadas – severas o profundas.
- De corto – mediano o largo plazo.
- Hipoacusia unilateral: cuando afecta un solo oído
- Hipoacusia bilateral: cuando se encuentran afectados los dos oídos.

Si se toma en cuenta la pérdida auditiva en relación con la unilateralidad o la bilateralidad las diferencias son importantes, un niño, aún con anacusia unilateral, pierde solamente el 10 por ciento de su audición global y los efectos son poco conocidos, suelen pasar desapercibidas, no presenta problemas de comunicación; si bien se trata de una pérdida importante, el otro oído con audición normal suple la información.

HIPOACUSIAS DE CONDUCCIÓN

La pérdida auditiva es debida a una alteración en la función de conducción o transmisión por vía aérea, están localizadas en el oído externo o medio.

Causas: Tumores, inflamaciones, cuerpos extraños, líquido, tapones, etc provocan pérdidas de la transmisión en las frecuencias altas, bajas o medias. Hay otras causas que afectan la transmisión del sonido.

En el oído externo

- Traumatismos.
- Micosis.
- Malformaciones.

En el oído medio:

- Alteraciones de la ventilación
- Procesos inflamatorios (sinusitis, adenoiditis, etc)
- Otitis media aguda y crónica.
- Otoesclerosis.
- Traumatismo

Los audiogramas de este tipo de hipoacusias se ven casi normales.

HIPOACUSIAS DE PERCEPCIÓN, O NEUROSENSORIAL.

Llamadas también cocleares, presentan alteraciones en la función de la transducción del sonido en las células ciliadas, si existen una alteración en la función de la percepción de la sensación sonora nivel del SNC, porque la vía auditiva se encuentra afectada se llaman hipoacusias retrococleares.

Si la sordera de percepción sobreviene antes de la adquisición del lenguaje se convierte en una amenaza al desarrollo cognitivo y verbal del niño.

Se clasifican en 4 grandes grupos:

- Sorderas genéticas o hereditias.

Transmitidas de padres a hijos, se deben a herencias recesivas o dominantes.

Actualmente los especialistas pueden afirmar que las sorderas hereditarias tienen mejor pronóstico que aquellas no que tienen indicadores genéticos

- Sorderas Congénitas.

Adquiridas durante el embarazo, es muy común en este tipo de sorderas, el contagio de rubeola de las mamás en el primer trimestre de gestación, incompatibilidad R H , sífilis, herpes, toxoplasmosis, e infecciones intrauterinas.

- Sorderas neonatales.

Ocurridas en torno al nacimiento, asfixia al nacer, terapia en incubadoras, (se ha constatado que el ruido de las incubadoras por un tiempo prolongado puede ocasionar daños irreversibles en el neonato, prematuridad (peso al nacer menor de 1500 grs) , medicación ototóxica, síndromes que se sabe ocasionan pérdidas auditivas.

- Sorderas posnatales.

Ocurren en cualquier momento, se producen entre otras causas por infecciones virósicas, presbiacusias o hipoacusia producida por el envejecimiento, traumas acústicos, etc. Tienen mejor pronóstico que las prenatales.